

La direction inspection justice usagers



Lyon, le 5 octobre 22

Objet : Lettre de suivi de mesures de l'EHPAD ORPEA de BALBIGNY valant notification de décision définitive suite à inspection par les services de l'Agence Régionale de Santé et du Département de la Loire.

LRAR

PJ : 1 tableau de synthèse récapitulatif

Madame la Directrice d'exploitation,

Une inspection diligentée à notre initiative au titre des articles L313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et L.6116-1 du Code de la santé publique s'est déroulée à l'EHPAD de BALBIGNY le 21 février dernier.

Sur la base des constats réalisés par la mission, nous vous avons fait parvenir le 29 mars 2022 le rapport et une décision provisoires comprenant un certain nombre d'écarts et de remarques. Nous vous demandions en retour de nous présenter les mesures correctives que vous envisagiez de mettre en œuvre afin de remédier aux dysfonctionnements et carences constatées.

Vous nous avez transmis votre réponse par courrier du 11 avril 2022. Nous prenons bonne note de l'ensemble de vos observations formulées suite aux constats de la mission ainsi que des engagements pris dans le cadre de la procédure contradictoire.

A cet effet, vous trouverez en pièce jointe un tableau de synthèse qui reprend les constats des mesures, vos réponses et nos remarques. Cet envoi vaut notification de décision définitive. Nous vous invitons vivement, si cela n'a pas déjà été fait, à présenter les conclusions de ce rapport ainsi que les mesures prises au conseil de la vie sociale de l'établissement.

Un nouveau suivi de la mise en œuvre des mesures correctives sera effectué par la Délégation départementale de l'ARS de la Loire ainsi qu'aux services du Conseil départemental de la Loire. Il

conviendra notamment de leur transmettre les éléments attestant de la mise en œuvre des points restant en suspend dans le tableau annexé.

La présente décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Cette saisine du tribunal administratif peut se faire par la voie de l'application « Télérecours citoyen » sur le site www.telerecours.fr

Nous vous rappelons enfin que cette décision, accompagnée du rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux tiers au sens de l'article L 3111-1 et L 300-2 du code des relations entre le public et l'administration.

Nous vous prions d'agréer, madame, l'expression de nos considérations distinguées.

Pour le Directeur général de l'ARS,



Objet : tableau de synthèse récapitulatif des mesures correctives : Mission d'inspection EHPAD ORPEA BALBIGNY – 21 février 2022

Remarque : la déclaration d'un événement indésirable n'est pas systématiquement établie par le professionnel ayant constaté lui-même les faits, ce qui peut générer une perte d'information et présente un risque pour la sécurité des usagers.	Nous prenons en compte la remarque. Tous les salariés ont la possibilité de déclarer un événement ou un incident qu'ils auraient constatés. La déclaration est réalisée auprès de l'IDEC ou du directeur qui se charge de la rédaction transmise aux autorités. Par ailleurs, en amont de la déclaration, lors de la réalisation de la chronologie des faits, le salarié témoin de l'événement participe à la remontée d'information. Lorsque le salarié n'est pas présent, la personne en charge de la déclaration se réfère aux transmissions ciblées effectuées par le salarié. Les salariés ont à disposition des fiches d'amélioration, ces dernières sont analysées en STAFF ; Le retour est réalisé à l'aide du compte rendu de STAFF qui est affiché en salle de pause. Annexe : - Annexe 1 – Fiche d'amélioration et compte rendu du staff du 19/11/2021.	Nous prenons bonne note de ce retour et de cette précision importante. Nous rappelons néanmoins que le circuit de remontée d'un EIG à l'ARS et au Département doit être suffisamment fluide pour permettre à la fois de bien filtrer la criticité tout en transmettant le signalement dans un délai raisonnable. Il est donc important qu'au-delà du rappel adressé en STAFF aux personnels de l'EHPAD, si la transmission devait être validée par la direction voire la direction régionale, cette validation soit opérationnelle. Par ailleurs l'exemple annexé de novembre 2021 date un peu.
---	---	--

Remarque : Tous les professionnels procédant à une déclaration d'événement indésirable ne reçoivent pas d'information sur les suites données ; ce qui peut leur laisser penser que leur déclaration n'a pas été prise en compte et traitée, risquant potentiellement de les décourager à déclarer un autre événement indésirable.	L'établissement a mis en place différents moyens d'informations : rappel sur la charte de confiance du personnel, réalisation de mini formations sur les modalités de déclaration... D'ores et déjà, nous avons réalisé une mini formation le 05/04/2022, aux équipes sur les points suivants : - rappel sur l'annexe 4 du livret du personnel - CHARTE DE CONFIANCE - « fiche réflexe EI équipe » afin de sensibiliser l'ensemble du personnel aux fiches d'amélioration. Nous avons également modifié l'ordre du jour des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires pour intégrer un retour aux équipes suite aux déclarations d'EIG et intégré une mention spécifique dans le cahier de transmission globale qui est visé quotidiennement par l'ensemble des équipes avec une mise en œuvre au 1er mai. Nous convierons également les salariés déclarants à participer à l'analyse des causes. Les différents événements feront l'objet d'une présentation auprès des membres du CVS. La famille concernée par l'EI est aussi reçue par la direction. Annexes : - Annexe 2 – Cahier transmission journalier - Annexe 3 – ODJ réunion pluridisciplinaire - Annexe 4 – Annexe 4 du livret du personnel - CHARTE DE CONFIANCE	La mission prend acte. NB : L'information mentionnée dans le cahier date de 2017. Le livret date de 2019 et a été réactualisé en février 2022.
ECART 1 : en n'assurant pas la traçabilité des signalements de tous les événements indésirables, graves ou non, et la sensibilisation du personnel à	Une « fiche réflexe EI équipe » décrivant les modalités de déclaration d'un EI au sein de la résidence a été élaborée, elle permet de rappeler les automatismes attendus des	

cette démarche, l'établissement ne garantit pas une exhaustivité de leur traitement, et une analyse globale des différentes problématiques rencontrées et ne se conforme donc pas aux obligations légales prévues. En effet, l'entrée en vigueur du dispositif de déclaration des événements indésirables en ESMS a été fixée au 1^{er} janvier 2017 par décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 Journal officiel de la République française du 23 décembre 2016 — cf. Code de l'action sociale et des familles, R331-8 à 10 nouv.).	professionnels. Elle a été présentée aux équipes le 05/04/2022, puis affichée en salle du personnel. D'autres formations suivront sur cette thématique aux dates indiquées dans l'annexe « Planning des formations ». De plus, avec le livret d'accueil du salarié, nous remettons « une charte de confiance » afin de promouvoir la culture de l'erreur apprenante. Cette charte a également fait l'objet d'une sensibilisation auprès des professionnels. D'autre part, une « fiche réflexe » a également été établie à destination du personnel de direction. Elle a été expliquée et remise à chaque membre du staff le 04/04/2022, afin que ceux-ci puissent être moteur dans la démarche de remontée d'évènement. Nous allons dispenser une information concernant l'utilisation des fiches d'amélioration à destination : - Des familles et résidents lors du prochain CVS du 25/04/2022, - Des familles via un chapitre dédié dans la gazette du mois de Mai, D'autre part, nous avons : - Intégré une mention dans le cahier de transmission du personnel qui rappelle la conduite à tenir en cas d'EIG qui sera mis en place dès le mois de Mai. Ce document est visé par tous les salariés tous les jours. - Modifié l'ordre du jour des réunions pluridisciplinaires afin d'y intégrer un RETEX aux équipes ayant déclarées un EI/EIG Un tableau de suivi a été mis en place le 04/04/22 qui nous permet de centraliser l'ensemble des EIG. Pour chaque EIG, nous procéderons à une analyse des causes en équipe pluridisciplinaire via le diagramme ISCHIKAWA ou la méthode ALARM. Cette analyse fera systématiquement l'objet d'un compte rendu et conduira à la mise en place d'un plan d'action. Un bilan de l'analyse des EIG sera réalisé de façon trimestrielle, puis annuelle en Décembre de chaque année puis présenté aux équipes afin de faire un bilan des thématiques récurrentes, des modalités de traitements, des plans d'actions mis en oeuvre et	La mission prend acte des mesures mises en œuvre qui vont dans le bon sens. Au regard de ces engagements, l'écart est levé.
--	--	--

	de leurs suivis... Les différents événements feront l'objet d'une présentation auprès des membres du CVS. Annexes : - Annexe 5 – Photo « fiche réflexe EI Equipe en salle de pause » - Annexe 6 - Fiches de présence formation charte de confiance et fiche réflexe EI - Annexe 7 - Fiches de présence réunion sensibilisation FEI direction - Annexe 8 – ODJ du CVS du 25/04/2022 - Annexe 9 – Tableau de suivi des réclamations et des EIG	
Remarque : l'établissement doit apporter une attention particulière au repérage et à la prise en compte du risque infectieux en lien avec l'équipe mobile d'hygiène hospitalière de l'hôpital de FEURS	Nous avons une convention depuis 2016 avec l'EMH de Roanne qui est reconduite tacitement tous les ans. Nous avons rencontré avec l'IDEC, l'infirmière hygiéniste de l'EMH du CH de Roanne, le 08/03/2022. Nous avons défini des référents internes (AV référente, AS référente et IDE référente) qui auront pour missions de sensibiliser les nouveaux salariés et stagiaires sur leur corps de métiers respectifs. L'AV référente a été formée le 01/04/2022. Aussi, nous avons une ressource au niveau régional, l'IDEC. D'autre part, nous avons relancé la venue de l'EMH pour un audit hygiène sur site ainsi qu'une journée en Juin (A confirmer) de formation sur l'hygiène des mains avec la réalisation de prélèvements via des boîtes à pétri. Concernant, le nombre de BMR, nous avons interrogé notre laboratoire qui nous indique 4 BMR pour l'année 2020 et 3 BMR pour 2021. Il s'agit d'une erreur d'extraction des données dans le rapport d'activité médicale 2020. Annexes : - Annexe 10 – Convocation formation EMH AV référente - Annexe 11 – Convention avec EMH de Roanne + Suivi annuel - Annexe 12 – Données laboratoire sur les BMR pour l'année 2020	La mission prend acte de cette organisation et lève sa remarque.

Remarque: La mission n'a pas eu accès à la délégation de pouvoir accordée au directeur et ne permet pas d'avoir connaissance de son existence et d'identifier les limites exactes de son pouvoir de signature.	La délégation de pouvoir accordée au directeur est fournie en annexe. Annexe : - Annexe 13 – Délégation de pouvoir de la Directrice.	La mission prend acte du fait que la délégation évoquée a bien été établie le 17 mai 2021. Elle lève sa remarque.
Ecart 1 : en ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Ce document est demandé lors de toutes nouvelles embauches. Nous avons procédé suite à la visite d'inspection du 21/02/2022, à une demande de leur extrait de casier judiciaire auprès de tous les salariés, via une note intégrée aux fiches de présences, afin de mettre à jour les dossiers administratifs. Un tableau de suivi est tenu par l'adjointe de direction afin de nous assurer de la récupération de toutes ces pièces.	La mission prend acte des explications fournies. Néanmoins, il n'y a pas de pièce qui en atteste en annexe donc de fait l'écart doit être maintenu. Au-delà du constat, il est vraiment dans l'intérêt de l'établissement et de sa direction d'utiliser ce volet 2 du casier judiciaire national. Ce n'est pas la panacée mais sa consultation permet d'éviter l'embauche de certains professionnels peu recommandables qui profitent des pénuries sur le marché pour cacher leurs lacunes ou comportements derrière un nomadisme à travers la France. Côté ARS, le pôle santé justice de la DIJU demeure par ailleurs très vigilant à diffuser les notifications de condamnations définitives de professionnels de santé que la justice lui fait parvenir.

Remarque : La mission constate que l'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur depuis plus de 6 mois et que 3 postes d'IDE sont vacants	L'EHPAD ne dispose plus de médecin coordonnateur depuis le mois de mars 2021 consécutivement à son départ en retraite. Des recherches via des sites d'offres d'emploi ou de recherche par le réseau local ont été réalisées. Nous avons reçu une première candidature au mois de juin 2021, qui n'a malheureusement pas aboutie, ce médecin souhaitant reprendre des fonctions au sein de l'hôpital public. Nous avons réalisé un signalement auprès de l'ARS le 07/10/2021, qui a accusé réception le 26/10/2021. Nous avons eu une deuxième candidature début 2022 mais qui n'a pas aboutie. Pour autant, l'EHPAD bénéficie du concours du médecin coordonnateur régional du groupe afin de réaliser les suivis nécessaires en lien avec l'IDEC et l'équipe soignante. Afin de pallier cette carence, nous avons entrepris des recherches actives via des agences de recrutement, des publications d'annonces sur plusieurs sites internet d'offres d'emploi, toutes réactualisées chaque semaine. Malheureusement, à ce jour, nous n'avons pas de résultats. Nous sommes malheureusement confrontés à un secteur peu attractif et mal desservi, et les difficultés en recrutement sont les mêmes aux alentours. Le médecin coordonnateur régional intervient sur site une à deux fois/mois (2/12/2022 ; 05/01/2022 ; 16 et 17/02/2022 ; 24/02/2022 ; 11/03/2022). En collaboration avec l'infirmière coordinatrice, il donne son avis sur la coordination des soins et les suivis des résidents soulevés en équipe pluridisciplinaire. Cette action est renforcée par un suivi des résidents et l'utilisation de l'accès [REDACTED] à distance. Concernant les 3 postes d'IDE, des recherches via des sites d'offres d'emploi (Indeed, Adecco) sont en cours. Nous avons participé au forum des métiers de Roanne en partenariat avec la mission locale le 23/03/2022. A ce jour, nous n'avons pas toujours pu pourvoir ces postes, en raison de l'absence de candidatures.	La mission constate que des efforts significatifs sont réalisés par l'EHPAD et sa direction pour pallier au manque et remplacer le médecin coordonnateur vacant pour le moment sans succès. Cela pose d'ailleurs la question de l'attractivité de ces métiers et de leurs salaires. Elle invite la direction de l'EHPAD à ne pas se décourager et à poursuivre sa recherche.
---	--	--

	L'IDEC est adhérente à l'association des cadres de santé de gériatrie du secteur (APSG) depuis le mois de Mars, ce qui lui permet d'avoir des contacts avec les autres cadres du réseau. La distribution des médicaments en mode dégradé par une aide-soignante ou une AMP est encadrée. Celles-ci ont été préalablement formées à cette tâche et les médicaments à distribuer ont été contrôlés par l'IDE ou l'IDEC en amont. Ce mode dégradé est décidé en équipe pluridisciplinaire et n'est mis en place qu'à titre exceptionnel. Annexes : - Annexe 14 - Offres d'emplois médecin coordonnateur et IDE - Annexe 15 - FEI carence médecin coordonnateur du 07/10/2021 - Annexe 16 – Accusé réception ARS du 26/20/2021	
Remarque : il serait sans doute plus pertinent d'envisager la présence la nuit de 2 aides-soignantes et 1 veilleur de nuit pour améliorer la qualification des personnels présents et les sécuriser.	Concernant cette remarque, nous fournissons en annexe le planning de nuit du mois de mars qui atteste de la présence permanente de 2 AS et d'1 veilleuse par équipe. Annexes : - Annexe 17 - Planning nuit (2 ASD et 1 AV) - Annexe 18 – Diplôme personnel de nuit - Annexe 19 – Fiches heures de nuit	La remarque est levée. La mission prend acte des horaires en 2 tranches (jour et nuit) et note la présence d'une seule AS / AMP sur l'unique tranche de 05h00 à 07h00.
Remarque : sur ce point, l'établissement dispose d'une marge de progression pour limiter les appels notamment de nuit au centre 15 conduisant à des transferts en VSAB ou ambulances vers les urgences souvent délégués pour les personnes âgées.	Concernant le numéro d'astreinte IDE affiché à l'infirmerie, il ne s'agit pas d'une IDE libérale d'astreinte mais d'une astreinte de nuit mise en place et joignable de 20h à 7h. L'IDE d'astreinte assure la régulation aux urgences, conseil sur des techniques de soins, sur l'administration d'un traitement... - Annexe 20 - Mini formation équipes de nuit sur la sensibilisation de l'astreinte IDE Nuit	La mission prend bonne note de cette précision et lève sa remarque.

Remarque : Il n'existe pas d'antidérapant dans la salle d'eau pouvant entraîner des risques supplémentaires de chutes.	Les sols des salles de bain des chambres sont tous équipés d'un revêtement antidérapant. Annexe : - Annexe 21 – Photos de la salle de bain de la chambre visitée le jour de l'inspection	La mission prend acte et lève la remarque.
Remarque : les dossiers des résidents antérieurs à 2019 sont moins bien tenus et moins complets.	La nouvelle Directrice arrivée en mai 2021 a entrepris un travail de reprise des dossiers antérieurs qui se poursuivra courant 2022.	La mission prend acte et lève sa remarque.
Remarque : ne figurent pas dans ce projet le recueil des dernières volontés du résident sous forme éventuellement de directives anticipées, le formulaire de désignation de la personne de confiance et l'annexe liberté d'aller et venir. Les modalités d'adaptation au rythme de vie du résident ne sont pas précisées.	Le projet personnalisé du résident reprend les éléments liés à son histoire de vie, à ses antécédents, aux risques et est un document complémentaire aux projets de soins. Ces documents sont insérés dans les classeurs de Nursing et ont vocation à guider les salariés dans la prise en charge du résident au quotidien. Le projet personnalisé comprend le nom de la personne de confiance si le résident a souhaité en désigner une. Concernant les directives anticipées, il est mentionné dans le projet personnalisé si le résident en a formulées ou non. Si des directives ont été données, ces informations sont saisies dans le volet médical de « [REDACTED] », il convient d'aller les consulter dans le logiciel. S'agissant du recueil des directives anticipées et de la désignation de la personne de confiance, nous procédons à leur expression dans le mois qui suit l'entrée. Nous saisissons ensuite ces données dans « Netsoins ». Au 01/04/2022, nous avons 10 personnes qui ont souhaité désigner une personne de confiance. Nous allons réaliser une sensibilisation à ces 2 thématiques que nous mettrons à l'ordre du jour de notre prochain CVS prévu le 25/04/22 ainsi qu'informer les familles via un article dans la Gazette du mois de Mai.	La mission prend acte du fait que le recueil de consentement est bien annexé au contradictoire et lève sa remarque.

Remarque : la tranche horaire 09h00 / 12h00 superpose plusieurs activités qui peuvent venir se percuter pour le résident : toilettes et soins de nursing, soins infirmiers, kinésithérapie et activités d'animation, nettoyage des chambres et réfection des lits. Il semblerait intéressant de réfléchir à mieux répartir certaines de ces activités en journée notamment après le temps de sieste du milieu de journée (kinésithérapie, ergothérapie et animation par exemple) afin de limiter la pression sur les équipes et les résidents le matin.	Enfin concernant l'annexe « liberté d'aller et venir », cette notion est stipulée à l'article 8 du règlement de fonctionnement, qui fait partie des annexes remises systématiquement avec le contrat de séjour. Le jour de l'entrée, tous ces documents sont lus, expliqués puis remis aux résidents et/ou à son représentant légal. Lors de la présentation de ces documents, et nous nous assurons que le résident ait compris les informations desdits documents. Nous serons vigilants en formalisant systématiquement l'annexe au contrat de séjour relative à la restriction de la liberté d'aller et venir à partir de l'évaluation des mesures individuelles faites par le médecin coordonnateur régional et l'équipe pluridisciplinaire. Annexes : - Annexe 22 – Projet personnalisé anonymisé - Annexe 23 - Evaluation pour l'élaboration annexe contrat de séjour - Annexe 24 - Modèle type d'annexe au contrat de séjour	
	La direction et l'IDEC vont travailler sur la répartition des tâches de tous les professionnels salariés et intervenants extérieurs. Nous formaliserons sur le mois de Mai notre réflexion d'équipe sur la répartition des tâches de travail selon les ressources humaines effectives puis nous la présenterons aux équipes. A cet effet, une demande a déjà été faite au Kiné le 01/09/2021 pour intervenir le mardi après-midi, pour les prises en charge individuelles. Cette demande réitérée régulièrement a été relancée le 04/04 dernier. Notre kiné s'est engagé à intervenir en plus le Mardi après-midi notamment pour la prise en charge des résidents plus dépendants ; Nous attendons la formalisation de la planification de ses interventions. Annexe : - Annexe 25 - Répartition intervention kiné	La mission prend acte que les modalités d'interventions sont ajustées. Néanmoins, il n'y a pas d'horaire précisé dans les documents annexés.

Remarque : La mission n'a pas pu trouver d'éléments attestant de la prise en compte des besoins et de l'adaptation au rythme de vie de chaque résident mis à part un témoignage d'un personnel soignant. Il n'en demeure pas moins que le temps imparti et la charge de travail des matinées notamment ne peuvent être en adéquation avec le rythme du résident.	A l'entrée, un recueil de données et un recueil des centres d'intérêts sont effectués respectivement par les infirmières, les aides-soignantes et l'animatrice. Concernant les petits déjeuners, pour chaque résident, nous établissons une fiche « petit-déjeuner » qui précise les habitudes du résident en fonction des éléments recueillis à l'entrée et qui font partie du projet personnalisé. (Exemple : service plus tardif du PDJ). D'autre part, chaque résident bénéficie d'un plan de soin personnalisé dans son dossier de soin informatisé ainsi que d'un projet personnalisé réactualisé a minima 1 fois par an ou tous les 6 mois pour les résidents de l'USA. A la date du 04/04, le bilan sur les projets personnalisés est le suivant. Sur 83 résidents présents : - 9 PP restent à faire complètement - 3 PP sont fait mais doivent être présentés - 71 PP sont réalisés et à jour - 12 PP sont réalisés mais doivent être réévalués dans les 30 jours à venir. Les PP sont élaborés et suivis en équipe lors des réunions pluri le mardi pour la résidence et le vendredi pour les USA ; Les équipes peuvent à tout moment consulter le PP sur Net soins	La mission prend acte des explications fournies et lève sa remarque.
ECART 2 : l'absence de MEDEC depuis plus de 6 mois est problématique. Il doit s'agir d'une priorité de recrutement pour la direction même si les tensions fortes existent sur le marché de l'emploi pour ce type de professionnel de santé.	Cf. Remarque ci-dessus sur la vacance de poste de médecin coordonnateur et IDE.	Cf. explication fournies plus haut. De fait, l'écart est pour le moment maintenu.

Remarque : la mission a constaté que lors de l'établissement du RAAM 2020, il y avait 4 résidents avec des escarres et surtout que le taux de guérison était très bas (seulement 16,86%). Il s'agit d'un point d'attention majeur. L'équipe de soins de Balbigny ne doit pas uniquement repérer les patients avec escarres mais également les prendre en charge et les soigner	Dès l'entrée, nous procédons à l'évaluation du risque d'escarre grâce aux échelles d'évaluation. A la date du 04/04, nous avons 6 résidents identifiés avec un risque d'escarres et 18 avec un risque d'altération cutanée. Dès lors, nous mettons en place du matériel adapté (Coussin de positionnement, matelas adaptés...) et planifions les soins sur le plan de soins (Pansement, prévention de soins d'escarres, effleurage, changement de position...). Ces éléments sont tracés dans [REDACTED] Nos critères de prise en charge de la dénutrition sont très stricts, et de ce fait, beaucoup de nos résidents sont notés en risque de dénutrition, ce qui renvoie forcément vers un risque de l'altération de l'état cutané, et donc risque d'escarre. Outre les actions mécaniques (effleurages, matériel, changements de positions...), notre protocole de prise en charge de la dénutrition nous permet d'enrichir en protéines tous les apports, et dès un début d'escarre, le complément alimentaire « clinutren repair » est mis en place, en accord avec le médecin. La prise en charge de la douleur est aussi tracée avec les relevés systématiques, tracés dans [REDACTED] et les antalgiques adaptés sont prescrits par le médecin. Le personnel est formé à la détection et à la prise en charge des escarres, notamment lors des toilettes et de la réfection du lit. En 2021, 2 sessions de formation à la prévention des escarres (26 et 29/03/2021) ont été organisées sur la résidence pour 14 salariés. En 2022, une session de formation a eu lieu le 23/02/2022, pour 9 salariés. Dès l'observation d'une rougeur, d'une suspicion, nous prenons contact avec les médecins traitants pour mettre en place un protocole de pansement adapté à la situation. Nous bénéficions à cet effet d'un large choix de pansements référencés. Nous avons un partenariat que nous allons relancer avec le Dr [REDACTED] (Médecin spécialisé plaies et cicatrisation), [REDACTED]	La mission prend acte des explications détaillées fournies et décide de lever sa remarque.
--	---	---

	(IDE, somatothérapeute) qui vont pouvoir intervenir à la demande sur la prise en charge des plaies et pansements complexes. D'autre part, un travail de partenariat est en cours de réflexion avec « [REDACTED] » société spécialisée dans le domaine de la cicatrisation, basé à Limonest (69) pour avis auprès d'IDE ayant un DU plaies et cicatrisation. Annexe : - Annexe 26 – Plan de soins anonymisé	
Remarque : il convient de noter quelques dates de péremptions courtes dans la trousse d'urgence qui si elles sont bien fléchées sont potentiellement risquées pour quelques spécialités pharmaceutiques comme l'adrénaline ou l'anapen. Un délai supérieur à 3 mois serait sans doute plus raisonnable.	Il est précisé à l'article 6 de la convention signée entre l'officine et la résidence que « Le PHARMACIEN s'engage à ne délivrer dans la mesure du possible que des médicaments dont la date de péremption est supérieure à six (6) mois, notamment pour le stock de première nécessité et le stock d'urgence » Nous allons procéder à un rappel auprès de notre officine partenaire. Par ailleurs, nous vous précisons que les dates de péremptions courtes sont surveillées par l'IDEC comme la procédure trousse d'urgences le spécifie, soit un contrôle par trimestre. Ce contrôle est également réalisé par notre pharmacien d'officine selon les modalités de la convention que nous avons signée. Annexe : - Annexe 27 – Convention officine signée	La mission prend acte de ce conventionnement qui révèle de bonnes pratiques et lève sa remarque.
Remarque : il convient de rester vigilant sur les conditions d'hygiène liées à l'utilisation des cuillères et du pot de compote au moment de l'administration du médicament au résident	Nous prenons en compte cette remarque. Nous avons réalisé une mini formation le 05/04/2022 à destination des IDE et AS. Aussi, nous utilisons un plateau de soin comprenant une compote (ouverte au moment du temps de distribution) et des petites cuillères ; chaque petite cuillère utilisée est ensuite mise de côté « partie sale » du plateau. Les cuillères sont ensuite évacuées en fin de tour à la plonge. Le plateau est	La mission prend acte et lève sa Remarque.

	décontaminé, et le pot de compote entamé jeté. Annexes : - Annexe 28 – Fiche de présence formation « Hygiène lors de la distribution des médicaments » - Annexe 29 - Support de mini formation : document OMEDI'T	
--	--	--

